

Mestrado em Educação para a Saúde

ADESÃO AO TRATAMENTO:
estudo com usuários hipertensos em uma Unidade
Básica de Saúde no município de São José de Ribamar

Adriana Ferreira Mota

Coimbra, 2018

Adriana Ferreira Mota

ADESÃO AO TRATAMENTO:
estudo com usuários hipertensos em uma Unidade Básica de
Saúde no município de São José de Ribamar

Trabalho de Projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentado à Escola
Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e à Escola Superior de Educação de
Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof.^a Doutora Maria Antónia Castro

Arguente: Prof.^a Doutora Patrícia Coelho

Orientador: Prof. Doutor Telmo Pereira

Dezembro, 2018

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor de Todo o Universo, por abençoar-me de forma grandiosa, dando-me condições para chegar ao término desta etapa.

Ao meu esposo, pelo companheirismo e amor a mim dedicados.

Aos meus pais, pelo exemplo de caráter e força, que moldaram meu comportamento perante a vida.

Aos funcionários e hipertensos da Unidade Básica de Saúde Raimundo Balbino em São José de Ribamar-MA, por oportunizar a realização dessa pesquisa, sem a qual seria impossível concluir este estudo.

Ao professor Telmo Pereira, pela dedicação e carinho durante a orientação desta dissertação.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíam pra a realização deste estudo.

RESUMO

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial (HTA) é o tema do presente estudo. Uma doença crónica, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações em longo prazo, relacionadas com a morbilidade e mortalidade cardiovascular associada a esta doença. O objetivo do estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção de enfermagem dirigida à promoção da adesão à terapêutica na saúde dos hipertensos. Trata-se de um estudo de caso, numa Unidade de Saúde do Município de São José de Ribamar-MA, tendo-se realizado uma intervenção de enfermagem com base em ações de educação em saúde, numa amostra de 40 usuários hipertensos. Os resultados antes da intervenção foram: a maioria dos participantes era do género feminino, com idades compreendidas entre os 56 e os 65 anos, casados, maioria aposentados e com salário mínimo, provenientes de uma zona rural. Nenhum usuário tinha hábitos tabágicos ou alcoólicos. Todos estavam medicados para a HTA, pelo que conheciam a sua situação clínica. A Diabetes foi também muito prevalente. A pressão arterial estava normalizada na maioria dos participantes. Os resultados após a intervenção mostraram mudanças significativas cujos resultados foram considerados satisfatórios uma vez que: a) 82,5% apresentou níveis ótimos de pressão arterial; b) 100% passou a avaliar a pressão 1 vez por semana, tem facilidade para retirada do medicamento na unidade básica de saúde (UBS); c) 95% não esquece mais de tomar a medicação diariamente, não tem dificuldades para ler e entender esquema de doses e não sente mais desconforto com a medicação. Concluiu-se que a intervenção de enfermagem conseguiu reverter alguns dos dados considerados como fatores que dificultavam a adesão ao tratamento junto ao público hipertenso participante, trazendo ao portador dessa doença, maiores informações sobre a mesma, melhorando a adesão, contribuindo-se assim para minimizar agravos trazidos pelo desconhecimento e comportamentos de negligência dos pacientes em relação à sua doença.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Adesão ao tratamento; Intervenção de enfermagem; Educação para a saúde.

ABSTRACT

Adherence to the treatment of arterial hypertension (HTA) is the theme of the present study. A chronic disease whose control is essential for the prevention of long-term complications related to cardiovascular morbidity and mortality associated with this disease. The objective of this study was to evaluate the effect of a nursing intervention aimed at promoting adherence to therapeutics in hypertensive health. This is a case study in a Health Unit of the Municipality of São José de Ribamar-MA, and a nursing intervention was carried out based on health education actions, in a sample of 40 hypertensive users. The objective of the study was to evaluate the effect of a directed nursing intervention. The results before the intervention were: the majority of the participants were female, aged between 56 and 65 years, married, mostly retired and with minimum wage, from a rural area. No user had any smoking or alcoholic habits. All were medicated for HTA, so they knew their clinical situation. Diabetes was also very prevalent. Blood pressure was normalized in most participants. The results after the intervention showed significant changes whose results were considered satisfactory since: a) 82.5% presented optimal blood pressure levels; b) 100% started to measure the pressure once a week, it is easy to withdraw the drug in the united basic of care (UBC); c) 95% do not forget to take the medication daily, have no trouble reading and understand dosage schedule and do not feel any discomfort with the medication. It was concluded that the nursing intervention was able to revert some of the data considered as factors that hindered the adherence to the treatment with the participating hypertensive public, bringing to the patient of this disease, more information about it, improving adherence, thus contributing to minimize injuries caused by the ignorance and behaviors of patients negligence in relation to their disease.

Keywords: Hypertension; Adherence to treatment; Nursing intervention; Education for health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. Definição e epidemiologia.....	5
1.2. Etiologia e Diagnóstico	6
1.2.1 Tratamento da hipertensão e prognóstico	10
1.3 Adesão ao tratamento da Hipertensão	11
1.3.1 Fatores relacionadas ao paciente	11
1.3.2 Fatores relacionados à terapêutica	12
1.3.3 Fatores relacionados ao sistema de saúde	13
CAPITULO II – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	15
2.1 Definição	15
2.2 Estrutura de um programa de Educação para a Saúde.....	16
CAPITULO III – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL	21
3.1 Conceptualização do Estudo.....	21
3.2 Material e Métodos	21
3.2.1 Desenho do estudo e amostra.....	21
3.2.2 Diagnóstico da situação e Objetivos.....	22
3.2.3 Desenho do plano educacional	23
3.2.4 Procedimentos	23
3.2.5 Análise estatística.....	25
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	27
4.1. Perfil dos hipertensos antes da intervenção.....	27
4.2 Resultados após a intervenção	30
4.2.1 Palestra sobre Hipertensão.....	30
4.2.2 Perfil dos hipertensos após a intervenção	31
DISCUSSÃO	33
CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	41

Anexo 1 – Questionário Investigativo aplicado aos Hipertensos da UBS São Raimundo Balbino em São José De Ribamar – Ma	41
Anexo 2 – Teste De Morisky-Green E Brief Medication Questionnaire (Bmq)	43
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos Usuários da UBS, Participantes do Estudo.....	44
Anexo 4 – Cartaz/Convite Para O Dia D Alerta Para A Hipertensão.....	45
Anexo 5 – idosos participando da atividade física na UBS Raimundo Balbino.....	46
Anexo 6 – Cartaz da Semana da Hipertensão	47
Anexo 7 – Questionário avaliativo das ações / Roda de conversa.....	48
Anexo 8 – Termo de Autorização para Coleta de Dados.....	49
Anexo 9 – Autorização para Realização de Pesquisa	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação da HAS	9
Figura 2 - Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial.	9
Figura 3 - Esquema do Modelo Tridimensional de educação em saúde	17

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 - Percepção dos entrevistados sobre sua a saúde após estar hipertenso	28
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Proposta de intervenção em enfermagem com base em educação em saúde voltada para Adesão ao Tratamento de Hipertensos na UBS de São José de Ribamar	24
Quadro 2 - Aplicação do Questionário (BMQ) aos hipertensos da UBS São Raimundo Albino em São José de Ribamar –MA.....	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo das características dos hipertensos participantes do estudo na UBS de São José de Ribamar –MA	21
Tabela 2 - Perfil dos hipertensos antes da intervenção	27
Tabela 3 - Nível da pressão arterial dos entrevistados antes da intervenção	27
Tabela 4 - Fatores associados à não adesão do tratamento	28
Tabela 5 - Demonstrativo da medicação tomada pelos pacientes hipertensos na última semana segundo o BBMQ.....	29
Tabela 6 - Nível da pressão arterial dos entrevistados após a intervenção	31
Tabela 7 - Resultados dos fatores associados à não adesão ao tratamento antes e depois da intervenção	31

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares fazem parte do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e acometem grande parte da população mundial. No Brasil são consideradas como um problema major de saúde pública, pelo grande impacto que têm a nível populacional, atingindo pessoas de todas as faixas etárias, estratos sociais, e sendo a principal causa de morte e invalidez (Malta et al., 2009).

A Hipertensão Arterial (HTA) representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular, além de apresentar custos médicos e sócio-económicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como a doença cerebrovascular, doença coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença arterial periférica (Sousa et al, 2007).

Por HTA define-se uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Uma vez não tratada corretamente, a HTA evolui para complicações como o acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, doença renal crônica terminal, amputações de membros inferiores e cegueira (Brasil, 2010).

Os altos índices de morbidade, mortalidade, incapacidade física e prejuízos na qualidade de vida das pessoas com HTA motivam a enorme preocupação nesta problemática, expressa pelas diversas instâncias de saúde pública a nível mundial. Estudos mostram que, apesar dos avanços da medicina e de toda a informação disponível sobre a doença, as pessoas com HTA tendem a não aderir convenientemente ao tratamento, abandonando-o após alguns meses (Brasil, 2011).

A resistência ao tratamento é assim um dos grandes desafios na gestão clínica do doente com HTA, dependendo o sucesso do controle da pressão arterial de uma adesão adequada, pelo que se tornam necessárias práticas de saúde que estimulem ou facilitem a continuidade do tratamento (Castro & Fuchs, 2008). A adesão ao tratamento é uma parte importante para o tratamento e controle da doença, pois expressa a compreensão do paciente sobre a doença, e demonstra a qualidade dos circuitos de comunicação entre os protagonistas nos sistemas de saúde e os pacientes.

As consequências negativas da não adesão ao tratamento são sobejamente reconhecidas, atingindo dimensões pessoais, sociais e económicas, contribuindo para a gravidade sintomatológica, para a morbilidade e para a morte prematura (Tavares et al., 2013). Estas consequências resultam fundamentalmente da privação dos efeitos protetores dos

fármacos anti-hipertensores ou das estratégias de mudança de estilos de vida recomendados, que decorre do não cumprimento das recomendações clínicas.

A terminologia “adesão à terapêutica” refere-se portanto à utilização de medicamentos prescritos ou de outras recomendações, no processo de tratamento ou cura de uma doença. A adesão ocorre assim quando o paciente tem uma conduta correta diante do que lhe é prescrito, e consegue seguir a medicação e mudar hábitos de vida mediante a orientação clínica. No caso da HTA, a adesão tem como objetivo manter a pressão arterial (PA) em níveis normais (Araujo; Garcia, 2006 apud Carvalho et al, 2012).

Estudos apontam que as variáveis que interferem na não adesão ao tratamento da HTA se referem a três elementos importantes, nomeadamente: a) relacionadas ao paciente (variáveis sócioeconômicas, conhecimento e crenças sobre a HTA, apoio familiar e social; b) relacionados à terapêutica: farmacológica e não farmacológica; c) relacionados ao sistema de saúde (Daniel; Veiga, 2013).

A conduta da enfermagem junto aos pacientes hipertensos, para além de incorporar conhecimentos teórico-científicos, deve estar alicerçada também na maturidade, estabilidade emocional, para além de competências para atuação, tanto em situações inesperadas, quanto em situações em que o hipertenso deve aderir ao tratamento para então controlar os níveis pressóricos (Gomes et al, 2007).

A assistência de enfermagem a pacientes com ênfase no autocuidado é uma excelente alternativa encontrada no sentido de estimular o paciente a participar ativamente do seu tratamento, e também aumentar sua responsabilidade nos resultados da assistência (Peixoto, 1996 apud Carvalho, et al., 2012). A motivação para abordar o tema partiu da necessidade de melhorar o atendimento aos hipertensos na Unidade Básica Saúde do Município de São José de Ribamar-MA, visando uma melhor adesão destes pacientes ao tratamento.

A relevância social e académica deve-se ao fato deste estudo oferecer contribuições, tais como estratégias e modelos mais recursivos para a gestão clínica dos hipertensos, com o objetivo de prever os seus comportamentos associados à adesão ao tratamento prescrito, sendo parte do cotidiano da enfermagem, estabelecer uma relação de confiança com seu cliente, e assim, conseguir conscientizá-lo de forma eficiente para a importância da adesão ao tratamento.

No âmbito das políticas públicas, este estudo poderá contribuir para que subsidiem gestores e equipes de saúde no estabelecimento de estratégias para superação da não adesão, algo importante para o enfermeiro, na medida em que os hipertensos são um número significativo no atendimento ambulatorial na Atenção Básica (Borges, 2008).

Face à experiência cotidiana do exercício das funções de enfermagem, optou-se pela definição de um estudo orientado para as causas da não adesão ao tratamento da HTA na referida Unidade de Saúde. O estudo levantou a seguinte problematização:

- Os usuários hipertensos na unidade básica pesquisada tem conhecimento das implicações da HTA em suas vidas?
- O Programa de Educação em Saúde para hipertensos, consegue motivá-los e conscientizá-los para a importância da continuidade do tratamento?
- Quais as contribuições da intervenção de enfermagem na adesão ao tratamento do hipertenso na unidade pesquisada?

O contexto tem como objetivo geral, avaliar a melhoria da saúde dos hipertensos, a partir de uma intervenção de enfermagem voltada para a adesão à terapêutica farmacológica e alternativa. O estudo apresenta um Plano de Intervenção de Enfermagem para usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de São José de Ribamar-Maranhão. Para tal, o público foi constituído de hipertensos em tratamento na referida unidade, que utilizam terapêutica medicamentosa.

A pesquisa estrutura-se da seguinte forma: primeiramente, na contextualização teórica faz-se uma breve abordagem sobre definições e principais características da HTA, e aspectos da adesão ao tratamento segundo o Ministério da Saúde, destacando, os fatores que levam à não adesão dos hipertensos na literatura vigente; o segundo momento traz a metodologia utilizada para compor o diagnóstico da situação onde se relatam os resultados de um questionário aplicado aos hipertensos da Unidade pesquisada; o terceiro momento traz a intervenção de enfermagem e o quarto momento os resultados dessa intervenção. O quinto momento traz as considerações finais do estudo destacando pontos fortes e fracos.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico refere-se às publicações científicas sobre algo já existente, é tudo aquilo que rodeia um fato, um espaço e um período onde aconteceu tal situação ou evento. É a parte teórica de um trabalho científico onde se destacam estudos que abordam um determinado tema cujos textos abrangem aspectos como históricos, definições, epidemiologias, fatores, entre outros.

Segundo Marconi e Lakatos (2010) a contextualização teórica é o embasamento do estudo por meio de revisão bibliográfica, é o levantamento de toda bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações na internet, cuja finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. A contextualização teórica é o primeiro passo de toda a pesquisa científica. Este capítulo está organizado a partir de teorias e estudos sobre o tema em questão, onde se aborda a HTA em suas características gerais e a adesão ao tratamento.

1.1. Definição e epidemiologia

A preocupação médica com o pulso vem desde os primórdios da medicina e coube a dois médicos de Alexandria, os quais tiveram forte influência da medicina grega de Hipócrates (460 a.C.), e Herófilo (300 a.C) a descoberta da oscilação da pressão sanguínea. Hipócrates descreveu o pulso arterial, e Herófilo - anatomista e clínico ao mesmo tempo - fez as primeiras descrições sobre as pulsações, conhecido como o fundador da "doutrina do pulso", em que correlacionou a sístole e a diástole com os sons musicais, e considerou ser o pulso um fenómeno que ocorre dentro dos vasos. Entretanto, a primeira avaliação da pressão arterial (PA) foi realizada pelo médico e reverendo inglês, Stephen Hales no século XV (Sanchez, Pierin, Mion Jr, 2005).

A hipertensão arterial sistémica (HTAS) trata-se de uma condição clínica, multifatorial, que apresenta como característica os níveis elevados e sustentados da pressão arterial. A doença está associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo como o coração, os rins e as artérias periféricas, alterações metabólicas, contribuindo para o aumento de risco de eventos cardiovasculares. No entendimento de Lima Junior e Ima Neto (2010) a doença é conhecida como pressão alta, e refere-se à força com que o coração impulsiona o sangue para o corpo todo.

Essa patologia caracteriza-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, face à sua elevada prevalência, onde cerca de 7% dos pacientes antes do uso da medicação já apresentam uma emergência hipertensiva. Estima-se haver no Brasil cerca de 33.000.000 de hipertensos diagnosticados (Brasil, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório anual sobre estatísticas sanitárias, um em cada três adultos possui HTA. A transição epidemiológica indica que, em torno de 70% da carga de doenças no país é composta por doenças crónicas, entre elas a HTA. (Mendes, 2014).

1.2. Etiologia e Diagnóstico

A doença é multifatorial, e dentre os fatores de risco apontados para a HTA encontra-se a situação socioeconómica, hábitos de vida como sedentarismo, hábitos dietéticos como o alto consumo de sal, ingestão de álcool, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde, nível educacional e obesidade, são vistos como possíveis fatores associados (CARVALHO et al, 2012; Soares, 2012).

A possibilidade de associação da HTA e do diabetes mellitus é da ordem de 50%, e requer o manejo das duas doenças no mesmo usuário, agravado pelo fato de que essa relação potencializa o dano micro e macrovascular decorrente, acarretando alta morbidade cardiocerebrovascular (Soares, 2012).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016). O diagnóstico correto da HTA requer uma avaliação minuciosa perpassando pela suspeição e a identificação de causa secundária além da avaliação do risco cardiovascular. Deve-se dar atenção para a investigação das possíveis lesões dos órgãos alvos (LOA) como também investigar as doenças associadas. A avaliação da HTA deve ser realizada no consultório ou fora dele, desde que sejam usados equipamentos específicos, adequados e validados, avaliando-se a história médica (pessoal e familiar) exame físico e investigação clínica e laboratorial.

a) Medição da PA no consultório

Ainda de acordo com Soares (2012) a PA deve ser medida em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados. Por isso, recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg.

A avaliação da PA pode ser feita com esfigmomanómetros manuais, semi-automáticos ou automáticos. Esses equipamentos devem ser validados e sua calibração ser verificada anualmente, de acordo com as orientações do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e

Tecnologia (INMETRO). A PA deve ser medida no braço, devendo-se utilizar manguito adequado à sua circunferência. Na suspeita de HTA secundária à coartação da aorta, a avaliação deverá ser realizada nos membros inferiores, utilizando-se manguitos apropriados (Soares, 2012). Também é recomendada a realização de várias avaliações, com o paciente sentado em ambiente calmo e confortável para melhorar a reprodutibilidade e aproximar os valores da PA obtidos no consultório àqueles fornecidos pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) na vigília (Guimarães, 2015). Com base ainda em Guimarães (2015), os procedimentos recomendados para a medição da PA perpassa pelo preparo do paciente seguindo-se alguns princípios como:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO:
 - Está com a bexiga cheia;
 - Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
 - Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
 - Fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento:
 - O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
 - O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.
4. Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada.

Segue-se as etapas para a realização da avaliação da PA:

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano;
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Estimar o nível da pressão arterial sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial;
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
7. Insuflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;

8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
10. Determinar a pressão arterial diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
12. Se os batimentos persistirem até ao nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero;
13. Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso julgue adequado, considere a média das medidas;
14. Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência;
15. Informar o valor de PA obtido para o paciente;
16. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida.

b) Medição da PA fora do consultório

A PA fora do consultório pode ser obtida através da Medição Residencial da Pressão Arterial (MRPA), com protocolo específico, ou da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas (Guimarães, 2015 & Picon et al, 2013). Ainda segundo os autores acima citados, as medições da PA fora do consultório devem ser estimuladas, podendo ser realizadas por equipamento do próprio paciente ou dos serviços de saúde. As principais vantagens da avaliação da PA fora do consultório são: maior número de medidas obtidas refletem as atividades usuais dos examinados, abolição ou sensível redução do efeito de avental branco (EAB), maior engajamento dos pacientes com o diagnóstico e o seguimento.

A MAPA e a MRPA são os métodos habitualmente utilizados para realizar as medições fora do consultório. Ambas fornecem informações semelhantes da PA, porém só a MAPA avalia a PA durante o sono. Ambas, entretanto, estimam o risco cardiovascular, devendo ser consideradas aplicáveis para a avaliação da PA fora do consultório, respeitando-se as suas indicações e limitações (Guimarães, 2015). A MRPA é uma modalidade de medição realizada com protocolo específico, e que consiste na obtenção de três medições pela manhã, antes do desjejum e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante

cinco dias. Outra opção é realizar duas medições em cada uma dessas duas sessões, durante sete dias (Guimarães, 2015).

São considerados anormais valores de PA $\geq 135/85$ mmHg exigindo monitorização ambulatorial da PA. A MAPA é o método que permite o registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono. Uma de suas características mais específicas é a possibilidade de identificar as alterações circadianas da PA, sobretudo em relação às medições durante o sono, que têm implicações prognósticas consideráveis (Bodanesi, 2015). Complementando, Picon et al, (2013) esclarece que são consideradas anormais as médias de PA de 24 h $\geq 130/80$ mmHg vigília $\geq 135/85$ mmHg e sono $\geq 120/70$ mmHg. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a Classificação da HTA dá-se da seguinte forma conforme mostrado na Figura 1 a seguir:

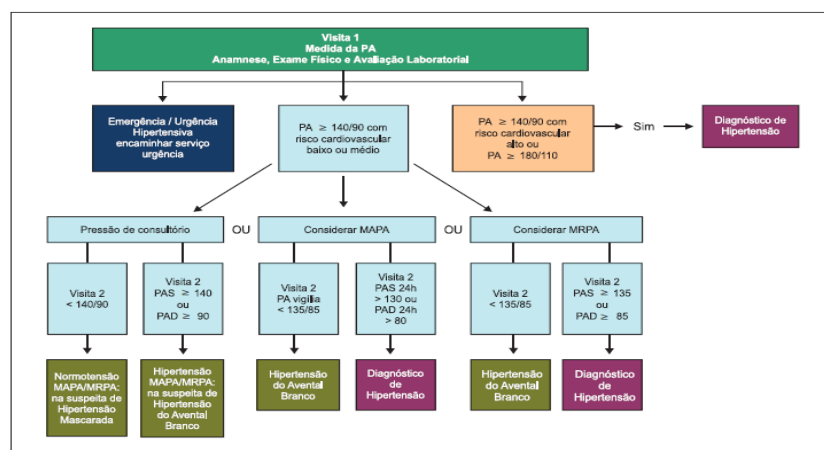
Figura 1 - Classificação da HTA

- Pré-hipertensos: Pacientes com PAS entre 120-139mmHg ou PAD entre 90-99mmHg. Pacientes nessa condição não devem ser tratados com medicação, mas encorajados a modificar o estilo de vida para retardar ou mesmo prevenir a hipertensão.
- Estágio 1: Pacientes com PAS entre 140-159mmHg ou PAD entre 90-99mmHg;
- Estágio 2: Pacientes com PAS > 160 mmHg ou PAD > 100 mmHg.

Fonte: Bodanese, 2015

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, recomenda MRPA ou MAPA para estabelecimento do diagnóstico, identificação da **hipertensão** (grifo nosso) do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada (HM), conforme demonstrado na Figura 2. Sobre essa questão, Gus (2008) recomenda atenção sobre o uso de automedicação, devendo-se realizar MAPA ou MRPA para confirmar ou excluir o diagnóstico frente à suspeita de HAB ou HM.

Figura 2 - Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial.



Fonte: Arq Bras Cardiol 2016 - Obs.: Modificado do Canadian Hypertension Education Program.

Bodanese (2015) atenta que existe uma relação estreita entre níveis da pressão arterial e os riscos de eventos cardiovasculares como acidente vascular cerebral (AVC) e doenças renais. Os níveis de PA associados a riscos cardiovasculares menores devem estar entre 115/75mmHg. Deve-se ser observado também que a cada aumento de 20mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 10mm Hg na pressão arterial diastólica o risco de eventos cardiovasculares aumenta. Os níveis da PAD pode reduzir entre a faixa etária de 50 a 60 anos porém, a PAS tende a aumentar durante a vida e tanto o aumento quanto a redução com a idade, reflete alterações na circulação arterial.

1.2.1 Tratamento da hipertensão e prognóstico

No geral, uma vez detectada a HTA no indivíduo, este passa a fazer o tratamento que pode ser por via medicamentosa e não medicamentosa. A finalidade do tratamento, segundo Araujo (2010), é regularizar a pressão sanguínea do paciente e proteger o organismo dos efeitos lesivos de uma pressão arterial elevada. A medicação prescrita deve seguir alguns princípios como: contribuir para a redução das taxas de eventos cardiovasculares fatais e não fatais; ser eficaz por via oral e bem tolerado; iniciar com menores doses e aumentá-la gradativamente ou associá-la a outro hipotensor de classe farmacológica diferente, instruir o paciente sobre a doença, efeitos colaterais do medicamento a ser usado e mudanças nos hábitos de vida para não reincidir em novas crises.

O controle da HTA depende, porém, de medidas dietéticas e de estilo de vida (atividade física regular, combate ao tabagismo, controle do consumo de álcool) e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, estima-se que somente um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços de saúde tem a sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso é apontada como um dos importantes determinantes desse problema (Santa Helena et al., 2008).

A adesão ao tratamento refere-se também aos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Vários métodos tem sido utilizados na avaliação da baixa adesão, tais como autorrelato, contagem manual e eletrónica de comprimidos, retirada de medicamentos em farmácias, dosagens laboratoriais de fármacos ou metabólitos de fármacos e questionários (Longo, Marteli, Zimmermann, 2011). O tratamento simultâneo de diversas condições de saúde, comum em pacientes hipertensos, pode resultar num regime complexo de medicação. A polimedicação, definida como o uso simultâneo e crónico de múltiplos medicamentos, além de apresentar riscos farmacológicos, predispõe os idosos à baixa adesão (Tavares et al., 2013).

A introdução do anti-hipertensivo deve ser feita em doses baixas e com aumento gradual, evitando-se quedas tensionais que possam acarretar hipotensão ortostática ou hipofluxo em órgãos vitais. Octogenários merecem atenção especial, pois tendem a responder de maneira inesperada à terapia medicamentosa. Os pacientes devem ser orientados em relação à doença durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos de assistência multiprofissional (Longo, Marteli & Zimmermann, 2011).

1.3 Adesão ao tratamento da Hipertensão

Define-se adesão na área médica como a utilização adequada de medicamentos prescritos, seguidos ou não de outros procedimentos, quando se refere ao tratamento de alguma patologia. A Adesão representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos, em pelo menos 80% do seu total, observando-se doses, horários e tempo de tratamento. No caso da HAS a adesão tem como objetivo manter a PA em níveis normais (Leite & Vasconcelos, 2003; Araujo & Garcia, 2006).

A adesão ocorre quando o paciente tem uma conduta correta diante do que lhe é prescrito no consultório médico e consegue seguir a dieta e tomar a medicação, além de mudar hábitos de vida quando há orientação clínica. Entretanto, muitos pacientes resistem ao tratamento conforme prescrito pelo médico, e esse, não é um problema somente do paciente, havendo também vários fatores que interferem nessa decisão (Dalla et al, 2009).

A descontinuidade do tratamento é um problema observado na maioria das doenças crônicas que requerem tratamento a longo prazo ou por toda vida e vários determinantes, isoladamente ou associados, atuam na problemática da adesão (Pierin, Mion & Gomes, 2001). Estudos apontam que as variáveis que interferem na não adesão ao tratamento da HTA se referem a três elementos importantes como: a) relacionadas ao paciente (variáveis socioeconômicas, conhecimento e crenças sobre a doença, apoio familiar e social; b) relacionados a terapêutica: farmacológica e não farmacológica; c) relacionados ao sistema de saúde (Araujo & Garcia, 2006; Daniel & Veiga, 2013).

1.3.1 Fatores relacionadas ao paciente

A situação socioeconômica aparece em destaque em quase todos os estudos sobre pacientes que não aderem ao tratamento de saúde. Em um estudo realizado por Daniel & Veiga (2013) houve importante associação do abandono com o gênero masculino, a faixa etária entre 20 e 40 anos e o analfabetismo. O gênero aparece como um dos fatores da não adesão pois, os homens tendem a ser menos aderentes que as mulheres e a raça branca apareceu em dois estudos como o fator determinante para a resistência ao tratamento da

doença hipertensiva. A idade também influencia na decisão de seguir o tratamento em alguns estudos, em que pessoas mais jovens aparecem como mais resistentes a aderir ao tratamento, pois, aplicam as complicações da doença aos mais velhos e também pela terapia não medicamentosa orientar mudanças no estilo de vida (Daniel & Veiga, 2013).

Como variável sócio demográfica, cita-se também o estado civil, onde estudos apontam que os solteiros hipertensos, apresentam menores índices de não adesão ao tratamento (Araújo & Garcia, 2006). A baixa escolaridade mostrou-se um fator determinante para a não adesão ao tratamento pois esse fato interfere na compreensão dos riscos da patologia e sua implicação na qualidade de vida, além de ter influência na adoção de hábitos saudáveis como mostraram os estudos de Sturmer et al (2006).

A renda e a ocupação mostram-se variáveis bastante determinantes para a descontinuidade do tratamento da HTA principalmente porque a baixa renda ou a dependência do hipertenso de familiares, dificulta a adaptação ao novo estilo de vida incluindo alimentação saudável e diferenciada (Araújo & Garcia, 2006).

O conhecimento e as crenças que os hipertensos têm sobre a doença constituem-se também como importantes antecedentes para a descontinuidade do tratamento, pois nem todos os pacientes têm informação correta e suficiente sobre a doença. O que se torna um problema pois a doença, na maioria das vezes é assintomática, havendo ainda pessoas que acreditam que as medidas comportamentais, como a restrição salina, são suficientes para normalizar a pressão arterial. A maioria dos pacientes hipertensos não encaram a patologia como um problema de saúde que necessite de tratamento. Portanto a ausência de sintomas contribui de forma bem significativa para a não adesão, ou para o abandono do tratamento (Araujo & Garcia, 2006).

Em muitos estudos o apoio familiar aparece também como um fator determinante para o abandono do tratamento. Assim, o hipertenso passa a ter outro estilo de vida o que implica mudanças no regime alimentar, no estilo de vida, e essas alterações acabam por provocar alterações em toda família, principalmente quando se trata de paciente idoso, atendendo à sua dependência de terceiros a aspetos como a orientação dos horários de toma medicamentosa e o acompanhamento às consultas de seguimento (Gusmão & Pierin, 2006).

1.3.2 Fatores relacionados à terapêutica

Segundo estudos, existem fatores vinculados tanto à terapêutica farmacológica, como à não farmacológica, que favorecem a adesão do paciente ao tratamento. Os estudos de Dosse et al (2009) demonstraram que a prescrição de dois ou mais medicamentos para o tratamento da hipertensão influencia diretamente na descontinuidade do tratamento, pois, muitos doentes,

acabam não se adequando a horários da medicação. Outro fato relacionado à terapêutica são efeitos colaterais. Segundo Araújo e Garcia (2006), em seus estudos, grande maioria dos pesquisados referiu dificuldade financeira para a compra do medicamento, sendo esse item apontado também nos estudos de Guerra-Riccio (2001) onde os problemas de ordem financeira foram apontados pelos participantes como um dos motivos para a descontinuação do tratamento farmacológico.

Em relação ao tratamento não medicamentoso, estudos de Lima, Meiners e Soler (2010) citam a dificuldade de muitos pacientes não aderirem ao novo estilo de vida e muitos não conseguem deixar o álcool, o fumo e comidas gordurosas e com excesso de sal. O mesmo estudo mostrou que grande parte dos hipertensos pesquisados deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior, sendo esse um determinante para o abandono do tratamento.

1.3.3 Fatores relacionados ao sistema de saúde

Um dos fatores que interferem na continuidade do tratamento é o atendimento no Posto de Saúde e nos Hospitais públicos pois, a grande maioria das instituições públicas de saúde, não tem realizado o acolhimento, que, segundo o Ministério da Saúde, é considerado como um processo, especificamente de relações humanas; um processo, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os profissionais de saúde, incluindo-se o médico. O acolhimento é realizado quando o médico o recebe, perpassando pela escuta qualificada, ouvindo sua queixa permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (Brasil, 2004).

O acesso aos serviços de saúde, também se constitui um problema para decidir pela continuidade do tratamento, pois, muitas vezes, o paciente mora longe do Posto ou do Centro de Saúde, o que prejudica a assiduidade nas consultas. Por outro lado, o excesso de pessoas que procuram os serviços de Saúde nas UBS contribui para dificultar a marcação de consultas seguido da deficiência dos serviços do SUS, o que traz consequências na saúde dos usuários (Coelho et al, 2005; Santa Helena et al, 2010).

Conforme explica Mendes (2014), a precariedade dos serviços do sistema único de saúde (SUS) tem como ponto alto, as filas, o atendimento desumanizado, na presença de pacientes sendo atendidos nos corredores e nos consecutivos períodos de greves do funcionalismo público, entre outras coisas.

As políticas de saúde voltadas para o paciente hipertenso, tem sido priorizadas pelos governos como o HIPERDIA, um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Entretanto, apesar de todo o embasamento teórico, este modelo não vem atendendo a contento os usuários do sistema público de saúde, havendo carência de medicamentos, aparelhos para avaliar a pressão, mais profissionais para o atendimento, situações essas que afetam diretamente a descontinuidade do atendimento.

Nesse sentido, destaca-se que, em um ambiente precário, as relações entre médico e paciente ficam prejudicadas na medida em que o grande número de pacientes acaba por contribuir para que esse profissional não tenha tempo para ouvir os seus pacientes conforme determinado Acolhimento em Saúde. Nesse cenário as informações prestadas aos hipertensos podem ser passadas de forma técnica e generalizada, dificultando a adesão já que o Acolhimento prevê que o atendimento e as orientações, sejam feitos de forma diferenciada e individual, ou seja, respeitando as necessidades de cada paciente (Gomes et al, 2007; Gusmão & Pierin, 2004).

CAPÍTULO II – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

2.1 Definição

De acordo com Backes e colaboradores (2008) e Santos e Penna (2009), é possível compreender que a educação em saúde está intimamente relacionada com as ações cuidadoras. Isso nos remete à dupla identidade dos profissionais de saúde – a de educador e a de trabalhador de saúde. Essa duplicidade mostra que a educação ocupa lugar central no trabalho em saúde e, muitas vezes, é o que o torna viável. Não é possível pensar a saúde sem, simultaneamente, pensar a educação e as relações existentes entre ambas.

E é exatamente nessa perspectiva, que o Ministério da Saúde preconiza a prática da educação em saúde, pois essa linha de pensamento converge para a interssetorialidade e interdisciplinaridade e é significativamente mais rica culturalmente e mais produtiva quando o conhecimento é considerado. Além disso, a articulação entre educação e saúde, sob a ótica da relação interpessoal, do cuidado e do respeito, constitui-se como uma das mais ricas fontes de interdisciplinaridade (Fernandes; Backes, 2010). A educação em saúde é o processo educativo complexo e de construção permanente, no qual acontece a troca de conhecimento, em geral de saúde, de costume e cultura, com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão de uma população sobre as práticas de saúde (Fernandes & Backes, 2010).

A educação em saúde é a estratégia adotada pelo SUS para a promoção da saúde na comunidade à qual contribui estrategicamente para a identificação e planejamento das ações no nível primário de atenção à saúde e incentiva a procura de soluções coletivas dos problemas, promovendo debates, tomadas de decisões e práticas de saúde com a comunidade (Junqueira & Santos 2013).

A educação em saúde é um dos pilares da estratégia saúde da família (ESF), no entanto, ainda é uma ação que envolve uma minoria dos usuários. Na atenção primária em saúde (APS) ela pode ter foco individual e coletivo, e é uma ferramenta eficaz quando a equipe de saúde está preparada para desenvolvê-la. Assim, ao questionar os sujeitos sobre a sua participação nas atividades do projeto de educação em saúde obteve-se considerações positivas (Arantes et al., 2015)

Pesquisas como as de Roecker et al (2012) afirmam que as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, na maioria das vezes não fazem parte da prática de cuidado médico, no entanto, faz-se necessário que toda a equipe de saúde participe dessas ações, bem como, que seja ampliado as discussões em nível acadêmico. Fleury-Teixeira (2009) atenta que

essa prática deve ser efetivada a partir da observação das necessidades dos sujeitos envolvidos não se esquecendo de associar o conhecimento dos determinantes sociais da doença.

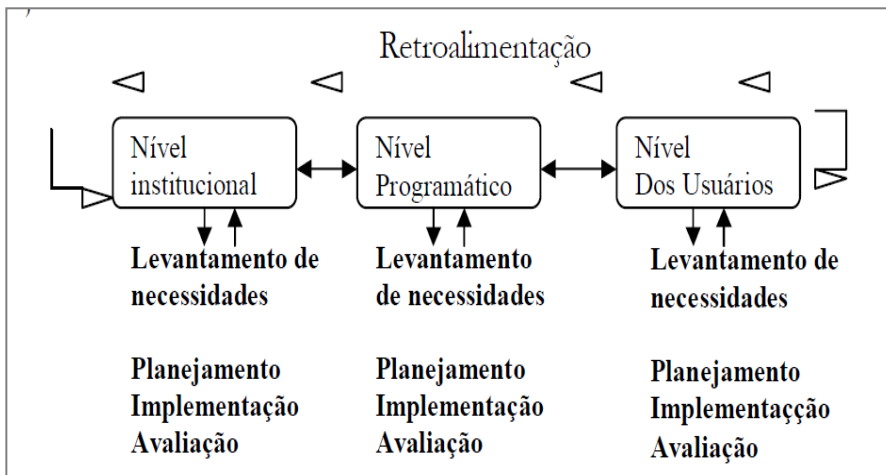
Arantes et al (2015) observam um aspecto relevante nas ações de educação em saúde que é a interação com o grupo, pois isso contribui para a melhora da qualidade de vida do coletivo, não apenas no aspecto físico, mas, também nos aspectos mental e social. As ações de educação da saúde se mostram imprescindíveis, pois, quando o grupo está reunido, convive com a descontração, o diálogo espontâneo, onde o paciente pode se desconectar da sua rotina acelerada, o que, contribui para diminuir o nível de estresse, que é um fator de risco significativo para o agravamento HTA.

2.2 Estrutura de um programa de Educação para a Saúde

O Programa de Educação para a Saúde é parte integrante das Diretrizes dos Órgãos Gestores da Saúde, pois tem a finalidade de transformação do modelo de atenção a saúde, com vista a fortalecer a promoção e prevenção de agravos no Sistema Único de Saúde. No tocante à HTA, o Programa visa oferecer assistência integral, segurança e autonomia aos trabalhadores de saúde no sentido de conduzir melhor eficácia da prática educativa (Brasil, 2004). A finalidade do Programa de Educação para a Saúde é conduzir a formação de profissionais críticos, que sejam capazes de aprender, de trabalhar em equipe, e que se proponha a conhecer o contexto social dos pacientes com vistas a prestar assistência de forma humanizada e com qualidade (Brasil, 2004).

Como política de ação a construção de um planejamento de ações educativas para usuários hipertensos, devem partir, primeiramente do governo federal mais precisamente de órgãos gestores de saúde, para então ser implementada em diversos locais nas três esferas de governo. O programa de educação para a saúde deve apresentar inovações de forma a adaptar-se às tecnologias atendendo as prioridades da população, cujas ações devem estar embasadas na humanização (Rodrigues et al., 2008)

Segundo Rodrigues (et al 2008) o processo de planejamento educativo em saúde deve estar fundamentado em quatro diferentes processos: (a) levantamento dos recursos e das necessidades educativas; (b) planejamento das intervenções educativas; c) implementação; e (d) avaliação. O programa deve abranger três níveis, de forma a identificar as dificuldades vivenciadas em cada unidade de saúde que será desenvolvido: o nível institucional, o nível programático, e o nível do usuário. Esses níveis se entrelaçam e refletem, respectivamente, a base das atividades educativas a serem desenvolvidas com base no modelo tridimensional (Figura 3).

Figura 3 - Esquema do Modelo Tridimensional de educação em saúde

Fonte: Candeias 1996 apud Rodrigues et al 2008

O nível institucional também chamado de sistema abrange dois aspectos significativos, um ao nível macro e o outro ao nível micro. Refere-se a execução das reformas propostas constitucionalmente pelo sistema de saúde, e ao mesmo tempo, lhe cabe planejar a infraestrutura necessária à implementação das atividades nas unidades saúde onde serão realizadas. Deve estar articulada com as políticas de saúde. Assim, o nível institucional considera os alicerces do sistema global, no nível da política de ação do sistema de saúde (central) e no nível da infraestrutura necessária aos programas educativos de cada unidade (local) (Rodrigues et al, 2008).

O nível programático se refere à efetivação e execução das ações na própria unidade de saúde, e fundamenta-se no diagnóstico da situação, procurando analisar as funções educativas dirigidas a cada problema de saúde encontrado em cada unidade. Tem como objetivo, a qualidade técnica do programa, e, para tanto deve incluir aspectos como: diagnóstico da situação de cada paciente de forma isolada ou coletiva, o planejamento de conteúdos, explicitando-se sempre os objetivos da aprendizagem (quem? o que? quanto? quando? onde?) e a seleção de estratégias de avaliação. No nível programático o envolvimento da chefia ou gerência da unidade é fundamental para se alcançar resultados satisfatórios. A essência da análise do programa de educação em saúde, nesse nível, é voltada para a importância relativa de cada um dos problemas de saúde. Nesse sentido, deve-se considerar quais os problemas prioritários, se estes apresentam componentes comportamentais possíveis de intervenção educativa, haja vista que as mudanças comportamentais representam de fato o principal objetivo da Educação em Saúde como prática social (Cecin, 2009).

O nível do usuário como o próprio nome diz, refere-se ao conhecimento das necessidades dos usuários hipertensos, cujo planejamento deve estar voltado para incentivar

os pacientes a participar do processo educativo de implementação e avaliação das ações. Nesse nível as ações educativas devem contemplar a identificação dos conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas (CAHP) dos profissionais de saúde em relação a estrutura do programa educativo, como também deve voltar-se para o conhecimento dos usuários em relação à proposta.

No nível do usuário as ações devem estar embasadas em quatro importantes perguntas que estruturam o modelo CAHP de educação em saúde que são: que sabe? que acha? o que faz? como faz? O modelo CAHP dirige-se não só à população-terminal (usuários), mas também à população-intermediária (pessoal da saúde) responsável pela implementação do programa educativo (Rodrigues, 2008).

Quando se refere à Hipertensão, o Programa de Educação em Saúde deve contemplar orientações voltadas para diversos objetivos, onde o tratamento deve envolver profissionais de diversas especialidades, a chamada equipe multiprofissional, essência para ações diferenciadas ampliando assim os resultados do tratamento anti-hipertensivo como também contribuir para o controle dos fatores de risco cardiovascular.

Sobre essa questão, Micheli e Bitarello (2008) dão atenção para a necessidade de uma cautela prioritária e sucessiva aos hipertensos, pois os índices de letalidade existentes são altos, devido as consequências da doença quando não tratada devidamente. O enfermeiro tem papel fundamental no que tange à adesão do hipertenso aos programas de educação em saúde, pois desempenha atenção em diferentes níveis de atendimento na rede do SUS, principalmente na Atenção Básica. O trabalho da enfermagem tem como foco acompanhar o paciente hipertenso, orientando-o a partir de informações precisas sobre a doença, a importância de adotar um estilo de vida saudável, e a importância de seguir o tratamento medicamentoso.

De acordo com Ximenes Neto e Melo (2005) a Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS - SUS (BRASIL, 2005) do Ministério da Saúde do Brasil, as ações de atuação estratégica da atenção primária em saúde para o controle da hipertensão são:

[...] Diagnóstico clínico dos casos; busca ativa dos casos através da medição da pressão arterial de usuários e por visita domiciliar; tratamento dos casos com um acompanhamento ambulatorial e domiciliar; diagnóstico precoce de complicações através de realização de exames laboratoriais; primeiros atendimentos de urgência às crises hipertensivas e outras complicações; medidas preventivas por ações educativas para o controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo); e prevenção de complicações (Ximenes Neto e Melo, 2005, p. 3-4).

Observa-se que o trabalho da equipe multiprofissional volta-se para os pacientes e a comunidade de forma a motivá-los a vencer o desafio de aderir ao tratamento, a partir da

adoção de ações que lhes traga mais saúde e qualidade de vida. Atenta-se que as estratégias de implementação de ações educativas tem no enfermeiro a coordenação dos trabalhos e estes devem contemplar a adoção de políticas públicas em saúde, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde (Micheli & Bitarello, 2008).

Cabe ao enfermeiro conduzir a abordagem multiprofissional de forma a atender as necessidades de saúde dessa clientela, sendo necessário para isso que conheçam o perfil sócio-demográfico dos pacientes, ou seja, o ambiente em que vivem, escolaridade, hábitos de vida, fatores de risco, e assim, adequar o serviço oferecido às necessidades apresentadas pelo paciente hipertenso.

CAPITULO III – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

3.1 Conceptualização do Estudo

Esta pesquisa define-se como um Estudo de caso, a partir de uma intervenção de enfermagem junto a um grupo de hipertensos.

3.2 Material e Métodos

3.2.1 Desenho do estudo e amostra

O estudo adotou a abordagem quanti-qualitativa por se tratar de um levantamento e de uma intervenção de enfermagem junto a um grupo de hipertensos usuários da Unidade Básica de Saúde de São José de Ribamar-MA.

A amostra constou de 40 usuários hipertensos cujo critério de inclusão foi: cadastrados e atendidos na UBS pesquisada, em tratamento de 6 meses a 1 ano, de ambos os gêneros, com idade entre 46 a mais de 75 anos. Como critério de exclusão deram-se entre aqueles hipertensos que estavam há mais de um ano afastados do atendimento na referida unidade e entre aqueles que não quiseram ou não puderam de alguma forma, participar do estudo. As características da população estudada encontram-se na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Demonstrativo das características dos hipertensos participantes do estudo na UBS de São José de Ribamar –MA

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	10	25
Feminino	30	75
Idade		
46 a 55 anos	10	25
56 a 65 anos	18	45
66 a 75 anos	8	20
+ de 75 anos	4	10
Raça/Cor		
Branca	8	20
Negra	4	10
Parda	28	70
Escolaridade		
Ensino Fundamental completo	12	30
Ensino fundamental incompleto	6	15
Ensino Médio completo	10	25
Ensino Médio incompleto	10	25
Ensino superior completo	2	5
Estado civil		
Casado	30	75
Solteiro	0	0
Viúvo	2	5
União estável	8	20
Divorciado	8	20
Religião		
Católico	18	45
Evangélico	18	45

Outra	4	10
Ocupação		
Empregado no setor formal	8	20
Trabalha no setor informal	8	20
Aposentado	24	60
Renda		
1 salário mínimo	32	80
2 salários mínimos	6	15
3 salários mínimos	2	5
Local de moradia		
Zona urbana	10	25
Zona rural	30	75

Fonte: pesquisa in loco, realizada pela autora, 2018

O breve perfil traçado dos hipertensos selecionados para o estudo demonstrou que o sexo feminino se destacou com 75% da amostra, 45% tem idade entre 56 a 65 anos; 18% ensino médio completo; 75% é casada; 18% é católico e evangélico, 60% é aposentada, 80% tem renda de 1 salário mínimo e 75% mora na Zona rural do município.

3.2.2 Diagnóstico da situação e Objetivos

Enquanto enfermeira da UBS de São José de Ribamar, percebeu-se que um grande número de pacientes não conseguia dar continuidade ao seu tratamento. Ao verificarmos os prontuários desses pacientes, foi observado que a maioria compareceu somente a seis consultas, outros deram continuidade ao tratamento por 12 meses, abandonando assim o tratamento da HTA. Os usuários hipertensos da Unidade Básica de Saúde fazem parte do Programa HiperDia do governo federal, executado pela esfera municipal. Além das ausências registradas nos prontuários dos hipertensos da referida unidade, foram observadas também situações que dificultavam a adesão do paciente ao tratamento da HTA como:

- Falta de capacitação dos profissionais de saúde para realizarem o Acolhimento aos Hipertensos;
- Dificuldades para agendamento da consulta e retorno;
- Falta de medicação específica para controle da HTA na farmácia Básica da Unidade;
- Baixa escolaridade dos hipertensos, que, em sua maioria então entre 56 a 65 anos;
- Crença em dietas e chás utilizados pelos antepassados;
- Ausência de um programa de atividade física na unidade;
- Escassez de profissionais.

Todos esses itens observados apontaram problemas sérios decorrentes da falta do tratamento adequado para o controle da HTA, aumentando o risco de complicações cardiovasculares. A partir dessa observação, o segundo passo foi elaborar meios para

encontrar respostas que respondessem à problemática levantada. O objetivo do diagnóstico então voltou-se para:

- Conhecer a percepção dos usuários hipertensos sobre sua doença;
- Relacionar os fatores associados para não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial entre os usuários pesquisados;
- Promover uma ação baseada em educação em saúde voltada para o paciente hipertenso;
- Melhorar a qualidade de vida do hipertenso atendido na unidade;
- Adequar o processo de trabalho de forma que, pacientes hipertensos que não aderiram ao tratamento sejam avaliados com mais frequência.

3.2.3 Desenho do plano educacional

O Plano educacional adotado na intervenção de enfermagem baseou-se em alguns procedimentos básicos como entrevista, reunião com os grupos de hipertensos usuários dos serviços da Unidade de Saúde, palestras educativas e prática de atividade física, além de controle da medicação distribuída aos hipertensos.

3.2.4 Procedimentos

Os procedimentos deram-se em três etapas: aplicação de questionário aos hipertensos para completar o diagnóstico, conhecendo-se os nós críticos; elaboração de proposta de intervenção de enfermagem em educação em saúde, e aplicação de questionários para avaliar os resultados após aplicação da proposta. O instrumento escolhido para avaliação foi o questionário estruturado, com perguntas fechadas, cujas variáveis foram voltadas para: breve perfil socioeconômico e demográfico, percepção dos usuários hipertensos sobre sua doença, hábitos de vida, medição da pressão arterial, fatores associados a não adesão ao tratamento (Anexo 1). Aplicou-se também o Teste de Morisky-Green (Anexo 2) e Brief Medication Questionnaire (BMQ) para avaliar adesão a medicamentos aos usuários hipertensos atendidos na UBS de São José de Ribamar (Morisky, Green & Levine, 1976 apud Ben, Neumann & Mengue, 2012).

O Teste de Morisky-Green (TMG), é o questionário mais utilizado no Brasil foi validado nos EUA em hipertensos, utilizando como padrão-ouro no controle da pressão arterial, e também para identificar o comportamento não aderente. A avaliação do seu desempenho em português foi descrita em pelo menos quatro estudos em hipertensos (Ben, Neumann & Mengue, 2012).

O Brief Medication Questionnaire (BMQ) foi validado em inglês em 43 pacientes hipertensos usando MEMS como padrão-ouro. É um instrumento dividido em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente (Svarstad et al., 1999). Foram entregues a cada um dos hipertensos participantes do programa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde esse documento dava respaldo ao hipertenso para conhecer os objetivos da aplicação desse questionário, e assim obter sua aprovação para a pesquisa (Anexo 3).

As estratégias escolhidas para realização do diagnóstico foram: abordagem aos usuários hipertensos no momento antecedente à consulta, aplicando-se o questionário na forma presencial, individualmente; reunião com a equipe multiprofissional da UBS; encontro com os usuários hipertensos e cuidadores. Em um segundo momento, procedeu-se também com a aplicação do questionário adaptado Brief Medication (Anexo 2) com a finalidade de avaliar adesão a medicamentos após a intervenção.

Os recursos para a pesquisa foram oriundos da própria autora deste estudo, cujas despesas prenderam-se as cópias dos questionários, compra de aparelho de avaliar a pressão arterial, canetas, aluguel de retroprojektor, entre outros. Como parte dos procedimentos da intervenção procedeu-se com a realização de um planeamento voltado para atender as necessidades observadas durante o diagnóstico. O planeamento constou de ações de educação em saúde, desenvolvidas por esta pesquisadora na UBS pesquisada. O Quadro 1 a seguir demonstra essas atividades:

Quadro 1 - Proposta de intervenção em enfermagem com base em educação em saúde voltada para Adesão ao Tratamento de Hipertensos na UBS de São José de Ribamar

Operação/Plano	Data	Objetivos	Metodologia	Profissional responsável
Questionário investigativo	20 e 22.02.2018	Avaliar os fatores que motivam a não adesão ao tratamento dos hipertensos da UBS de São José de Ribamar	Abordagem aos hipertensos Reunião com o grupo Idosos em círculo	Enfermeira Adriana Terapeuta ocupacional
Questionário BQM	06.03.2018	Avaliar dados sobre a medicação tomada na última semana	Idem	Idem
Palestra sobre Hipertensão Dia D de Alerta	20.03	Informar aos hipertensos sobre formas de prevenção da hipertensão e os sinais da hipertensão no organismo Alertar para os perigos da não adesão ao tratamento	Reunir os idosos em círculo na área de vivência da UBS Fazer dinâmicas	Idem
Projeto Ginástica	27 e 29.03 03 e 05.04	Melhorar a qualidade dos hipertensos Alertar sobre a importância da atividade física na prevenção da hipertensão	Atividade física com hipertensos na área de vivência da UBS	Enfermeira Adriana Educador físico
Semana da Hipertensão	07 a 11.05.2018	Alertar sobre características da hipertensão; promover ações voltadas para os usuários hipertensos na UBS.	Palestras, medição de pressão, dança, palestras com a nutricionista	Enfermeira Adriana e toda a equipe de enfermagem da UBS
Questionário avaliativo	22 e 24.05.2018	Avaliar as ações educativas junto aos hipertensos da UBS	Reunião do grupo na área de vivência Aplicação do questionário	Enfermeira Adriana Terapeuta Ocupacional

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

A criação do plano de intervenção se deu com a finalidade de manter o maior número de pacientes controlados, mudando o estilo de vida dos pacientes hipertensos e melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

3.2.5 Análise estatística

A análise estatística procedeu-se por meio da tabulação das respostas dos questionários, extraindo-se o quantitativo de cada questão. Procedeu-se com a tabulação dos dados na planilha do Microsoft Office Excel 2010, para obter-se as porcentagens e posteriormente estes foram contemplados em uma tabela para melhor visualização dos resultados. Procedeu-se também com a transcrição de depoimentos dos hipertensos no questionário investigativo. Neste caso, os entrevistados foram identificados pela E de entrevistado, seguido de um número de identificação. Exemplo E1 (Entrevistado 1). Esse recurso garante a não identificação do entrevistado conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estipula regras para pesquisas que envolvem seres humanos.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

4.1. Perfil dos hipertensos antes da intervenção

Quando indagados se sabem o que é a Hipertensão 100%(n=40) respondeu que sim. Em relação ao tempo que é hipertenso, 70%(n=28) tem HTA entre 6 a 10 anos, e quanto aos hábitos de vida 100% afirmou não usar álcool e fumo, fazem dieta específica para controlar a hipertensão, ou seja, baixa ingestão de sal e consulta o médico regularmente. Da amostra 40% (n=16) apresentou alguma doença após a HTA, destes, 25% (n=10) tem Diabetes Mellitus (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil dos hipertensos antes da intervenção

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Conhecimento do que é a hipertensão		
Sim	40	100%
Tempo de Diagnóstico		
Mais de 10 anos	8	20%
Menos de 10 anos	32	80%
Hábitos de vida		
Não usa álcool ou fuma e faz dieta específica para controlo da HTA	40	100%
Doenças decorrentes da HTA		
Apresentou doença após a HTA	16	40%
Diabetes Mellitus	10	25%
Doença cardíaca	2	5%
AVC	2	5%
Não soube especificar	2	5%

No momento da aplicação do questionário investigativo, avaliou-se a pressão dos entrevistados onde percebeu-se que 47,5% (n=19) tinha pressão ótima (<120/80); 30% (n=12) estágio 1(140-159/90-99); 15% (n=6) Limítrofe (130-139/85-89); 5% (n=2) estágio 2 (160-179/100-109) e 2,5% (n=1) estágio 3(>180/110) (Tabela 3).

Tabela 3 - Nível da pressão arterial dos entrevistados antes da intervenção

Nível de pressão	Frequência absoluta	Frequência relativa	Índice/VR*
Ótima	19	47,5%	<120/80
Limítrofe	6	15%	130-139/85-89
Estágio 1	12	30%	140/80
Estágio 2	2	5%	160-179/100-109
Estágio 3	1	2,5%	>180/110

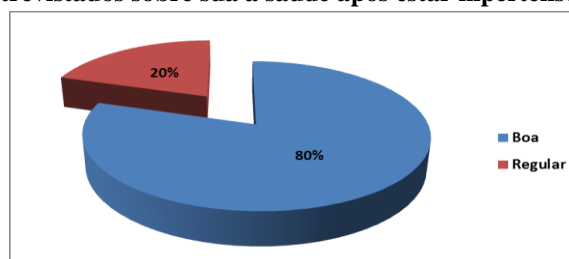
Legenda: *VR – Valores de referência

O questionário investigou os fatores associados para a não adesão ao tratamento da HTA entre os hipertensos entrevistados. Quando indagados se fazem tratamento para controle da HTA, 100% (n=40) disse que sim. Em relação a periodicidade da medida da pressão, 40% (n=16) mede 1 vez por semana, 100%(n=40) aderiram à terapêutica medicamentosa para controle da HTA regularmente, 80%(n=32) tem facilidade para adquirir a medicação. Quanto os fatores que dificultam seu tratamento, 42,5% (n=17) disse ser o esquecimento de tomar uma dose do medicamento. Na questão sobre aquisição dos medicamentos, 80%(n=32) disse ser na UBS e 20% (n=8) disse que consegue uma parte na UBS e compra a outra parte (Tabela 4).

Tabela 4 - Fatores associados à não adesão do tratamento

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Fazem tratamento para controle da HTA		
Sim	40	100%
Periodicidade da medida da pressão		
Mede 1 vez/semana	16	40%
Mede 1 vez/mês	10	25%
Mede a cada 3 meses	14	35%
Regularidade na terapêutica medicamentosa		
SIM	40	100%
Facilidade para retirada do medicamento		
Sim	32	80%
Não	8	20%
Fatores que dificultam o tratamento		
Esquecimento de tomar 1 dose/dia	17	42,4%
Falta de medicamento na UBS	8	20%
Dificuldades para ler e entender esquema de doses	10	25%
Marcação de consulta	5	12,5%
Aquisição de medicamentos		
Retira na UBS	32	80%
Compra uma parte e a outra retira na UBS	8	32%

Os entrevistados foram investigados sobre como percebem sua saúde após ser hipertenso. A saúde boa foi apontada por 80%(n=32) e regular por 20%(n=8) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Percepção dos entrevistados sobre sua a saúde após estar hipertenso

Fonte: A autora, pesquisa in loco, 2018

A segunda parte da investigação com os hipertensos da UBS, constou da aplicação do questionário adaptado Brief Medication (Anexo 1) com a finalidade de avaliar adesão a medicamentos. O Brief Medication Questionnaire (BMQ) foi validado em inglês em 43 pacientes hipertensos usando o (Medication Events Monitoring System – MEMS) como padrão-ouro. É um instrumento dividido em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente. No estudo original, apresentou sensibilidade de 80% e especificidade de 100% no domínio regime, porém ainda não foi validado em português.

As questões embasaram-se nas medicações tomadas na última semana e fazem menção aos seguintes aspectos: nome da medicação e dosagem, quantidade de dias que tomou a medicação, quantos dias tomou a medicação, quantos comprimidos em cada dia, quantas vezes esqueceu o remédio, como funciona a medicação para o paciente. A Tabela 5 a seguir especifica melhor os resultados.

Tabela 5 - Demonstrativo da medicação tomada pelos pacientes hipertensos na última semana segundo o BMQ

NA ÚLTIMA SEMANA	Nº	%
a) Nome da medicação e dosagem		
Losartana 50 mg	18	45,0
Hidroclortiazida 25mg	12	30,0
Maleato de Enalapril 10 mg	05	25,0
b) Quantos dias você tomou esse medicamento		
Todos os dias	40	100,0
c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio?		
02 vezes	13	32,5
01 vez	15	37,5
03 vezes	12	30,0
Quantos comprimidos você tomou em cada vez?		
1 vez/dia	18	45
2 vezes/dia	22	55
Quantas Vezes você esqueceu de tomar algum remédio?		
1 vez na semana	17	42,5
Só no início do tratamento	10	25
Nunca esquece	8	20
Esquece sempre a noite	5	12,5
Como essa medicação funciona para você		
1 Funciona bem	31	77,5
2 Funciona regular	9	22,5
3 Não funciona bem	0	0

Indagou-se aos hipertensos se alguma medicação causou problemas, ao que todos (100%) responderam *um pouco* da seguinte forma: Losartana 47,5% (n=19) Hidroclorotiazida 27,5%(n=19), maleato de enalapril 15%(n=6) e atenolol 50mg 10%(n=4) (Gráfico 8). Quando indagados sobre quais os efeitos sentidos pela medicação, 100% referiu dor de estômago às vezes.

Procedeu-se após as perguntas com a contagem dos escores dos problemas encontrados pelo Questionário (BMQ), o qual ficou assim distribuído:

Quadro 2 - Aplicação do Questionário (BMQ) aos hipertensos da UBS Raimundo Balbino em São José de Ribamar –MA

DR – REGIME (questões 1ª – 1e)	1 = sim	0 = não
DR 1 – O R Falhou em listar (espontaneamente os medicamentos prescritos no relato inicial)	0	40
DR 2 – O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo	0	40
DR 3 – O R Relatou alguma falha de dias ou de doses	32	0
DR 4 – O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	0	40
DR 5 - O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	0	40
DR 6 - O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	0	40
DR 7 - O R se recusou a responder a alguma das questões?	0	40
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO soma:		T Regime
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	40	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	40	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE		TCrenas
CRENÇAS soma:		
RECORDAÇÃO		
DRE 1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	25	0
DRE 2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	40	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE		TRcord
RECORDAÇÃO soma:		

Legenda: R = respondente NR = não respondente

4.2 Resultados após a intervenção

4.2.1 *Palestra sobre Hipertensão*

Nos dias 20.03 organizou-se um evento denominado “**Dia D - Alerta para a Hipertensão**” na UBS Raimundo Albino. Esse evento constou de um encontro com todos os hipertensos da comunidade, usuários ou não. Essa programação é parte integrante da mobilização nacional no combate à doença, sendo realizada por todas as unidades de saúde do país. A campanha de mobilização convidou a todos através de um cartaz bem chamativo com data e horário do evento na UBS São Raimundo Albino. Além dos cartazes serem afixados na Unidade, foram também afixados em locais estratégicos como comércio local, Escolas, Clube de Mães, Associações (Anexo 4).

Na UBS Raimundo Albino, as ações constaram de Palestras sobre as formas de prevenir a doença, alertando-se para os sinais da HTA no organismo. Os hipertensos envolvidos neste estudo foram convidados a participar do evento onde constatou-se que 100% da amostra teve participação ativa no “**Dia D de Alerta para a Hipertensão**”.

Projeto de ginástica: Nos dias 27 e 29.03 e 03 e 05.04 deste ano os hipertensos participantes deste estudo foram convidados a participarem de um Projeto de Ginástica. Um educador físico com especialidade em atividade física para idosos, foi convidado a fazer parte desse momento onde, com muita atenção, conversou primeiramente com os hipertensos sobre alguns cuidados que devem ser tomados antes de se fazer os exercícios como: alimentar-se bem antes da atividade física, medir a pressão arterial periodicamente, consultar o médico para checar se pode ou não fazer exercícios, relatar as doenças que tem além da hipertensão, etc.

Os hipertensos participaram dos exercícios ativamente e ficaram bem mais relaxados e felizes com a inovação na UBS. A adesão a essa atividade foi de 90% (n=36) (Anexo 5). Outra atividade constante das ações de enfermagem foi a Semana da Hipertensão, realizada entre os dias 07 a 11.05.2018 (Anexo 6). Teve como objetivo de conscientizar as pessoas sobre os cuidados básicos para prevenir a hipertensão arterial, um mal que atinge aproximadamente 25% da população brasileira, de acordo com o Ministério da Saúde. Na UBS Raimundo Albino, as ações foram contempladas com palestras, avaliação de pressão arterial, distribuição de folderes. Utilizou-se como material: slides, retroprojektor, vídeos, folderes, cartazes, e coffeebreack à base de frutas, sucos naturais e sanduíches.

Como parte das atividades elaborou-se uma dinâmica com o objetivo de melhorar o entendimento acerca dos mitos e verdades sobre a Hipertensão. Distribuiu-se os presentes em

dois grupos: o da Verdade e o do Mito e foram entregues a eles placas com esses nomes. A enfermeira fazia as perguntas aos presentes e estes levantavam as plaquinhas de acordo com sua percepção sobre Mito ou Verdade.

- O sal faz aumentar a pressão? Mito ou Verdade?
- O açúcar é menos prejudicial para a hipertensão que o sal? Mito ou Verdade?
- O estresse aumenta a pressão arterial? Mito ou Verdade?
- Quem tem pressão alta pode ter infarto e AVC?
- Comer salgadinhos não afeta a pressão? E outras perguntas desse tipo.

4.2.2 Perfil dos hipertensos após a intervenção

Após essas etapas, procedeu-se com a investigação sobre pontos considerados importantes no controlo da hipertensão por meio de medidas como medição da HTA, controlo da doença e verificação de itens associados a não adesão ao tratamento, por meio da aplicação do questionário avaliativo (Anexo 7). Assim pode-se perceber mudanças significativas no comportamento dos hipertensos no que tange à adesão ao tratamento da HTA. No quesito “níveis da pressão arterial” as mudanças foram visíveis onde 82,5% apresentou níveis ótimos diferente do primeiro resultado onde, anteriormente, 47,5% (Ver Tabela 3), apresentaram esse nível (Tabela 6).

Tabela 6 - Nível da pressão arterial dos entrevistados após a intervenção

Nível de pressão	Frequência absoluta*	Frequência relativa*	Índice/VR*
Ótima	33	82,5%	<120/80
Limítrofe	6	15%	130-139/85-89
Estágio 1	1	2,5%	140/80
Estágio 2	0	0	160-179/100-109
Estágio 3	0	0	>180/110

*frequência absoluta – número de hipertensos *frequência relativa – porcentagem Legenda: *VR – Valores de referência

Em relação aos fatores associados à não adesão ao tratamento, os resultados mostraram que 100% aderiu à medição da HAS 1 vez por semana, tem facilidade de retirar a medicação na UBS, tem motivação para continuar o tratamento e 95% não apresentou efeitos colaterais na medicação usada. Esses resultados mostram-se satisfatórios após a intervenção (Tabela 7).

Tabela 7 - Resultados dos fatores associados à não adesão ao tratamento antes e depois da intervenção

Variáveis	Antes da intervenção	Após a intervenção
	Apresentaram Dificuldades	Sem dificuldades
Periodicidade da medida da pressão		
1 vez/semana	16(40%)	40(100%)
1 vez/mês	10(25%)	0
A cada 3 meses	14(35%)	0

Facilidade para retirada do medicamento na UBS	32(80%)	40 (100%)
Fatores que dificultam o tratamento		
Esquecimento de tomar 1 dose/dia	17(42,4%)	38 (95%)
Falta de medicamento na UBS	8(20%)	40(100%)
Dificuldades para ler e entender esquema de doses	10(25%)	38(95%)
Marcação de consulta	5(12,5%)	40 (100%)
Percebe motivação para realizar o tratamento na UBS	8(20%)	40(100%)
Como essa medicação funciona para você		
1 Funciona bem	31(77,5%)	38(95%)
2 Funciona regular	9(22,5)	2(5%)
3 Não funciona bem	0	0

A última parte da intervenção foi o Questionário avaliativo o qual realizou-se entre 22 e 24.05.2018 com a finalidade de conhecer a percepção dos hipertensos sobre as ações desenvolvidas na UBS São Raimundo Balbino, voltadas para conscientização destes sobre a hipertensão, suas formas de prevenção, tratamento e, principalmente, se esta ação motivou-os para aderir ao tratamento de forma integral. A avaliação foi realizada por meio de uma roda de conversa onde os usuários foram dispostos sentados em círculo e responderam as perguntas feitas pela pesquisadora. O momento foi de debates, troca de informações e relatos dos hipertensos sobre as ações educativas. Cada participante assinou uma folha de presença logo no início da ação (Anexo 4).

A roda de conversas foi dirigida por perguntas como: O que você achou das atividades desenvolvidas nesta unidade? Para você essas atividades trouxeram algum esclarecimento sobre sua doença? O que mais chamou sua atenção nas ações aqui desenvolvidas? Cite alguns hábitos que você mudou em relação ao uso da medicação para hipertensão?

Eu achei muito interessante. Aprendi muito aproveitei para começar a fazer atividade física (E 14).

Eu gostei porque aprendi mais sobre os sinais da doença no nosso corpo (E 20).

Eu gostei da atividade física. Aqui a gente faz de graça, eu não podia pagar. Agora vou ficar em forma (E 30)

Minha filha hoje coloca alarme no meu celular pra eu lembrar do remédio. Não esqueço mais (E 35).

Melhorou muito porque agora retiro todos os remédios aqui no posto mesmo (E37)

As ações de educação em saúde na UBS São Raimundo Balbino, tiveram seu foco voltado para a importância do controle e prevenção da hipertensão, informando sobre as complicações da HTA e a importância do tratamento medicamentoso, numa demonstração de que, a educação em saúde pode ter tanto efeitos benéficos no controle dos níveis do PA.

DISCUSSÃO

O perfil dos hipertensos em nosso estudo assemelhou-se a outras populações estudadas como a maioria feminina, idade maior que 50 anos, casados e com renda de 1 salário mínimo (Cavalcante et al., 2007). Em relação aos fatores relacionados com a adesão do paciente ao tratamento, estudo de Barreto, Reiners & Marcon (2014) apontou o baixo nível socioeconômico; aspectos culturais (crenças inadequadas adquiridas no seu contexto familiar); baixa autoestima; relacionamento ineficaz com a equipe de saúde; tempo prolongado de atendimento; dificuldades no acesso aos serviços de saúde (consultas); custo dos medicamentos, bem como seus efeitos indesejáveis, os quais interferem na adesão ao tratamento e consequentemente, na qualidade de vida.

Outros fatores que podem estar associados são fatores demográficos, clínicos e comportamentais, além de fatores psicológicos e sociais (BRASIL, 2013). Segundo Kusumoto et al (2008) o controle da PA não está relacionado, apenas, aos hábitos de vida saudável do indivíduo e ao tratamento medicamentoso, mas também à conscientização do hipertenso a respeito da doença e das comorbidades a ela relacionadas. O hipertenso deve ser conscientizado quanto aos perigos de usar tabaco e álcool, e ingerir comida com muito sal e gordura, pois, esses elementos se constituem em fatores e risco para agravos da hipertensão. Nesse sentido, torna-se necessário informar os hipertensos sobre formas de prevenir e controlar a HTA pois isso contribuirá em uma melhor qualidade de vida nessa população.

Em relação à adesão ao tratamento nossos achados assemelharam-se a outras pesquisas semelhantes apontando como fatores a farmacoterapia complexa, conhecimento insatisfatório sobre a doença e insatisfação com o serviço de saúde (Bezerra, Lopes & Barros, 2014). O comparecimento às consultas é visto como um dos parâmetros para avaliar a adesão ao tratamento. O estudo de Alfonso, Agramonte & Vea (2007) verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram maior redução dos níveis tensionais, o que significa que, o comparecimento do paciente ao tratamento na UBS, é fator determinante para o controle da hipertensão, pois traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA.

Outro estudo com uma população de hipertensos adultos mostrou que quando a UBS investe em uma assistência de qualidade junto a grupos de hipertensos é possível observar maior queda nos níveis pressóricos nessa população, assim como garante o comportamento de adesão e mantém a eficácia da terapêutica, a partir da promoção de encontros com eles. Entretanto, quando comparados a grupos, cujos encontros não acontecem, fica mais difícil

controlar os níveis de pressão arterial, como também a falta de acompanhamento, facilita as complicações da doença (Guerra-Riccio, 2009).

A HTA representa um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, e para a APS, sendo uns dos maiores problemas de saúde da atualidade e que requer atenção e um maior engajamento e trabalho por parte de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde. Neste contexto, o presente trabalho é justificado pela preocupação da autora com a assistência a saúde dos indivíduos acometidos por HTA, pois, se não tratada adequadamente, a hipertensão pode provocar, frequentemente, eventos agudos e podem ocorrer outras comorbidades que levam a sequelas graves. Dessa forma, Torres & Monteiro (2007) esclarecem que é extremamente importante que o paciente seja bem orientado e rotineiramente avaliado para contribuir para sua adesão, compreendendo a HTA como doença crônica e que seu bom controle depende não só da disponibilidade de medicamentos, mas bem como também pelos cuidados que ele dispensa com sua saúde.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa propôs uma intervenção de enfermagem voltada para promover maior adesão na utilização do tratamento medicamentoso no controle da hipertensão arterial além de estilo de vida mais saudável, menor ingestão de sal, controle do peso corporal, a prática adequada de exercício físico, padrões dietéticos saudáveis e a não ingestão de álcool. O estudo mostrou que a adesão ao tratamento da HTA, está diretamente relacionada aos fatores comportamentais como a percepção e formas de enfrentamento da diversidade e com fatores externos como problemática de vida e redes de apoio. Esses dados podem ajudar a melhorar os resultados da atuação do médico para a identificação dos fatores envolvidos a não adesão ao tratamento.

Em nosso estudo, os pontos que chamaram mais atenção antes da intervenção foram:

- a) Perfil sócioeconômico: maioria feminina, idade entre 56 a 65 anos, parda, casados, e a maioria é aposentada percebendo 1 salário mínimo, e mora na zona rural;
- b) Percepção do usuário sobre a doença: 100% sabe o que é hipertensão, não usa álcool, nem fumo, usa medicação para controle da doença, e a maioria apresentou diabetes após a hipertensão. Em relação à pressão a maioria estava no nível, ótima;
- c) Quanto aos fatores para a não adesão ao tratamento: todos fazem tratamento para a hipertensão, retiram o remédio na UBS e sentem-se motivados pela instituição para continuar o tratamento e percebem a saúde como boa.
- d) O questionário BQM mostrou níveis regulares de fatores relacionados a não adesão ao tratamento.

Os resultados após a intervenção mostraram mudanças significativas cujos resultados foram considerados satisfatórios uma vez que:

- a) 82,5% apresentou níveis ótimos de pressão arterial;
- b) 100% passou a medir a pressão 1 vez por semana, tem facilidade para retirada do medicamento na UBS;
- c) 95% não esquece mais de tomar a medicação diariamente, não tem dificuldades para ler e entender esquema de doses e não sente mais desconforto com a medicação.

As ações educativas foram fundamentais para informar ao hipertenso sobre sua doença, os perigos decorrentes da não adesão ao tratamento além de propiciar momentos agradáveis de interação com o grupo. Percebeu-se que os entrevistados interagiram bem a todas as intervenções executadas na UBS São Raimundo Balbino, e seus depoimentos

confirmaram a necessidade de ações como essas na unidade de saúde, pois isto contribui para conduzir o hipertenso para uma melhor qualidade de vida.

Ressalta-se que a Unidade de Saúde procurou paralelamente reforçar junto aos órgãos gestores da saúde no município, ações voltadas para a assistência integral do hipertenso como, por exemplo, investir no estoque de medicação específica para a HTA na farmácia Básica da Unidade, facilitando assim o acesso a terapia medicamentosa.

Concluiu-se que as ações de saúde tiveram sua importância junto ao público hipertenso participante, uma vez que estudos comprovam que a maioria da população hipertensa desconhece ser portador dessa doença, e mesmo quando sabe muitas vezes desconhece e/ou negligencia suas implicações. Assim, este estudo conseguiu atingir seus objetivos junto a população estudada, aumentando a informação e o conhecimento de nossos pacientes com a realização de ações de promoção e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso LM, Agramonte MS, Vea HDB. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [periódico na Internet] 2003 [acesso em 2007 mai 25];19(2):]
- Arantes, Raissa Kerin Meira Arantes, Denise Albieri Jodas Salvagioni, Juliane Pagliari Araujo, Simone Roecker. Educação que produz saúde: atuação da enfermagem em grupo de hipertensos. *Revista ed Enf da UFSM*, v.5, n.2, 2015
- Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006;8(2):250-6.
- Araujo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento antihipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletr Enfermag.* [periódico na Internet] 2006 [acesso em: 2007 mai 25];8(2)
- Araújo, C G de. Importância do enfermeiro no atendimento de urgência hipertensiva sistêmica em UBS do Município de Francisco Badaró – MG. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
- Araújo, Gilmar Barboza da Silva; Garcia, Telma Ribeiro. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006;8(2):259-72.
- Backes, Dick Stein; Lunardi, Valeria Lerch; Lunardi Filho, Wilson A. a humanização hospitalar com expressão da ética: artigo de atualização. *Rev. Latino-americana de enfermagem*, v 14, n1, 2008. P. 132-135.
- Barreto, m. S.; reiners, a. A. O.; marcon, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 484-90, 2014.
- Ben, Angela Jornada, Neumann, Cristina rolim, Mengue, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública*, v.4, n.12, 2012
- Bezerra, a. S. M.; lopes, j. L.; barros, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 4, p. 550-5, 2014.
- Bodanese, Luis C. Hipertensão Arterial. *Lancel*, 19(90) 2015, 1903-1913.
- Borges Hp, Cruz Nc, Moura EC. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, *Arq Bras Cardiol*, 91(2): 2008.
- Brasil, Ministério da Saúde. SISHIPERDIA – Sistema de gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Departamento de informática do SUS - Brasília 2011. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em 20 de janeiro de 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mio_lo2002.pdf Acesso em março de 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. 2013. (Caderno de Atenção Básica, n.37).

- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Coordenador de Normatizações e Diretrizes da SBC. 2010 Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> Acesso em: 18 de janeiro e 2016.
- Carvalho, RBN de; Costa, JVC; Silva, ARV. et al. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. Rev Lat Americ de Enf. v.20, n.2, 2012.
- Castro MS, Fuchs FD. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. Rev Bras Hipertens, 15(1): 2008.
- Cavalcante MA, Bombig MT, Luna Filho B, et al. Quality of life of hypertensive patients treated at an outpatient clinic. Arq Bras Cardiol 2007;89(4):245-50.
- Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comum Saúde Educ. 2009; 19 (6):161-8
- Coelho, E.B, Neto, Moisés N, Palhares, R, Cardoso, M.C de M, Geleilate, T.J.M, et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. Arquivo Bras de Cardiologia. Ribeirão Preto, v 85, n 3, p 157-161, 2005.
- Dalla, M.B.D. et al. Aderência ao Tratamento Medicamentoso. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria. Sociedade Brasileira de Hansenologia. Projeto Diretrizes. Conselho Federal de Medicina, São Paulo, 2009
- Daniel, A C Q G; Veiga, E V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. São Paulo: Einstein. v.11 n.3, July/Sept. 2013.
- Daniel, A.C. Veiga, E.V. Fatores que intererem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. Einster. V.11, n 3, p. 31-337, 2013
- Dosse, Camila, Cesarino, claudia Bernardi, Martin, José Fernandes Vilela, Castedo, Maria Carolina Andrade. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. Rev Latino-am Enfermagem. 2009, março-abril; 17(2).
- Fernandes, M.C.P.; Backes, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.
- Fleury-Teixeira, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.
- Gomes CAP, Fonseca AL, Santos FJP, et al. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, n 50, 2007.
- Guerra-Riccio GM. Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: influência da frequência do atendimento [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.
- Guimarães LV, Lima-Lopes MA. Segurança alimentar e nutricional da população residente na área de abrangência da BR-163. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva; 2005.
- Gus, Miguel. Hipertensão do avental branco. Rev Bras Hipertens vol.15(4):206-208, 2008.

- Gusmão JL, Pierin AMG. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. *Rev Hipertens* 2004; 7(3):104-8
- Junqueira, M.A. B.; Santos, F.C.S.A A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. *Revista de Educação Popular*. Uberlândia. V.12, N.1, P. 66-80. 2013.
- Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm* 2008;5(21):152-9
- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):775-782
- Lima Junior, E, Lima-Neto, E. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais – estresse e migração. *Rev Bras Hipertens* 2010; 17(4): 210-25.
- Lima, Tacio de Mendonça; Meiners, Micheline Marie Milward de Azevedo; Soler, Orenzio. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2010; 1(2):113-120.
- Longo, Marco Aurélio Tosta; Marteli, Anderson, Zimmermann, Anita. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2011, vol.14, n.2, pp.271-284.2011
- Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: *Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009.
- Marconi, Marina de Andrade; Lakatos, Eva Maria. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
- Mendes, João Guilherme Bezerra Alves; Alves, Ane Victor; Siqueira, Pollyanna Patriota; Freire, Emilses Fernandes de Carvalho. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online].2009, vol.6, suppl.1, pp. s49-s54
- Mendes, Leidiane Mirlla e Oliveira; Barros, Jacira da Silva Torres; Batista, Nancy Nay Leite de Araújo Loiola; Silva, Joselma Maria Oliveira. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Revista Univap*. v. 20, n. 35, jul.2014.
- Micheli, T; Bitarello, D.A. O enfermeiro na atenção básica ao lidar com a hipertensão como fator de risco para doença renal crônica. *Revista Iniciação Científica*. V.8, n.3, p 329-337, 2008.
- Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Fuchs SC. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Am J Hypertens*. 2013;26(4):541-8. Review.
- Pierin, A. M. G.; Mion JR, D.; Gomes, M. A. M. Mapa, Medida da pressão em casa e no consultório. Efeito e Hipertensão do avental branco. In: Mion JR, D.; Nobre, F.; Oigman, W. (edit.) *MAPA Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial*. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. Cap. 23, p.175-83

- Rodríguez SAM, Torres TT, Obeso AF, Rieumont ER, Ricardo AH, Rodríguez JR. Educacion permanente y perfeccionamiento del medico y la enfermera de la familia en Cuba: el caso de Pinar del Rio. *Educ Med Salud*.2008;37(8):528-40.
- Roecker, Simone; Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; Marconi, Sonia Silva. O Trabalho Educativo Do Enfermeiro Na Estratégia Saúde Da Família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 2012.
- Sanchez, Cristiane Garcia, Pierin, Angela Maria Geraldo, Mion Jr. Comparação dos perfis de pacientes hipertensos atendidos em um Pronto Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP* 38(1): 90-8, 2005
- Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saude Publica* 2010; 26(12):2389-2398.
- Santos, Regiane; Penna, Cláudia Maria de Mattos. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 652-60.
- Soares Rafael da Silva, Silva, Jorge Luiz Lima da, Lopes, Mariana Ribeiro, Moreno, Rebecca Ferreira, et al. Estresse e demais fatores de risco para hipertensão arterial entre profissionais militares da área de enfermagem. *Ver Bras em Promoção da Saúde*. V.6, n.23, 2012.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 95(1 Suppl 1):1-51.
- Souza, A. R. A. et al. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras Cardiol*, vol. 88, n. 4, 2007
- Sturmer G, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1727-1737.
- Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):113-24.
- Tavares, Noemia Urruth Leão, Bertoldi, Andréa Dâmaso, Thumé, Elaine, Facchinill Luiz Augusto et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública* 2013;47(6):1092-101.
- Torres HC, Monteiro MRP. Educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis no programa de saúde da família de Belo Horizonte - MG. *Rev Min Enferm*. 2007;10(4): 402-6.
- Ximenes Neto FR, Melo JR. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde – uma análise das práticas do enfermeiro. *Revista Enfermeria Global*, 16(2): 263–702, 005

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Investigativo aplicado aos Hipertensos da UBS São Raimundo Balbino em São José De Ribamar – Ma

I PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS HIPERTENSOS

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade <input type="checkbox"/> 18 a 25 anos <input type="checkbox"/> 26 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 45 anos <input type="checkbox"/> 46 a 55 anos <input type="checkbox"/> 56 a 65 anos <input type="checkbox"/> 66 a 75 anos <input type="checkbox"/> > de 75 anos	Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Outro
Escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Não alfabetizado	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	Religião <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangelico <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Outra <hr/> <input type="checkbox"/> Sem religião
Ocupação <input type="checkbox"/> Empregado no setor formal <input type="checkbox"/> Trabalha no setor	Renda <input type="checkbox"/> 1 SM <input type="checkbox"/> 2 SM <input type="checkbox"/> 3 SM <input type="checkbox"/> Sem renda	Local de moradia <input type="checkbox"/> Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural

II PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS SOBRE SUA DOENÇA

Você sabe o que é hipertensão?

☐ Sim ☐ Não

Há quanto tempo é hipertenso

☐ 1 a 5 anos

☐ 6 a 10 anos

☐ 11 a 15 anos

☐ Mais de 15 anos

☐ Outro

Marque com um X os hábitos de vida relacionados á você

ITENS	SIM	NÃO
Fuma		
Usa álcool		
Faz atividade física		
Faz dieta específica para controle da hipertensão		
Consulta o médico regularmente		
Toma medicação para controle da hipertensão		
Apresentou alguma doença após a hipertensão		
Se apresentou, marque quais as doenças que teve		
Doença cardíaca		
Insuficiência renal		
Diabetes		
Acidente vascular encefálico (AVC)		
Outra		

Classificação Pressão Arterial (Sistólica/Diastólica, mmHg) no momento da entrevista

- ☐ Ótima (<120/80) _____
☐ Normal (<130/85) _____
☐ Limítrofe (130-139/85-89) _____
☐ Estágio 1 (140-159/90-99) _____
☐ Estágio 2 (160-179/100-109) _____
☐ Estágio 3 (> 180/110) _____
☐ Sistólica Isolada >140/<90) _____

II FATORES ASSOCIADOS PARA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE OS USUÁRIOS PESQUISADOS

Você faz tratamento para controle da hipertensão ?

☐ Sim ☐ Não

Com que periodicidade você mede sua pressão?

- ☐ Todos os dias ☐ 1 vez por semana ☐ 1 vez por mês
☐ De 2 em 2 meses ☐ A cada 3 meses
☐ A cada 6 meses ☐ 1 vez por ano

Você toma a medicação para controle da hipertensão regularmente?

☐ Sim ☐ Não ☐ As vezes

Tem facilidades para retirar a medicação nesta UBS?

☐ Sim ☐ Não ☐ As vezes

Anexo 2 – Teste De Morisky-Green E Brief Medication Questionnaire (Bmq)

ANEXO. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrenças</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos Usuários da UBS, Participantes do Estudo

O presente estudo consiste do seguinte tema: **ADESÃO AO TRATAMENTO**: estudo com usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de São José de Ribamar

O objetivo principal deste estudo é Propor um Plano de Intervenção de Enfermagem voltado para melhorar a adesão ao tratamento dos hipertensos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de São José de Ribamar-Maranhão.

Sua participação é voluntária e você será convidado(a) a preencher um questionário. Enfatizamos que, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir, sem prejuízo algum de suas atividades ou tratamento.

Esclarecemos que sua participação não trará nenhum risco ou ônus. Informamos também que não haverá nenhum tipo de recompensa financeira pelas informações. Você também **não** terá sua assistência em saúde prejudicada nesta Unidade e Saúde. Garantimos que você terá sua identidade resguardada e somente sua resposta será computada para compor os resultados.

Porém, você precisa autorizar a publicação das respostas e autorização para publicarmos sua imagem (fotos) bem como de todos os que participarem este estudo.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Adriana Ferreira Mota
Pesquisadora responsável

Considerando as questões acima, Eu
(nome do pesquisado/entrevistado)

autorizo a utilização do questionário respondido por mim para o presente estudo, assim como também autorizo a exposição de fotos na pesquisa.

_____, ____ de _____ 2018

Anexo 4 – Cartaz/Convite Para O Dia D Alerta Para A Hipertensão



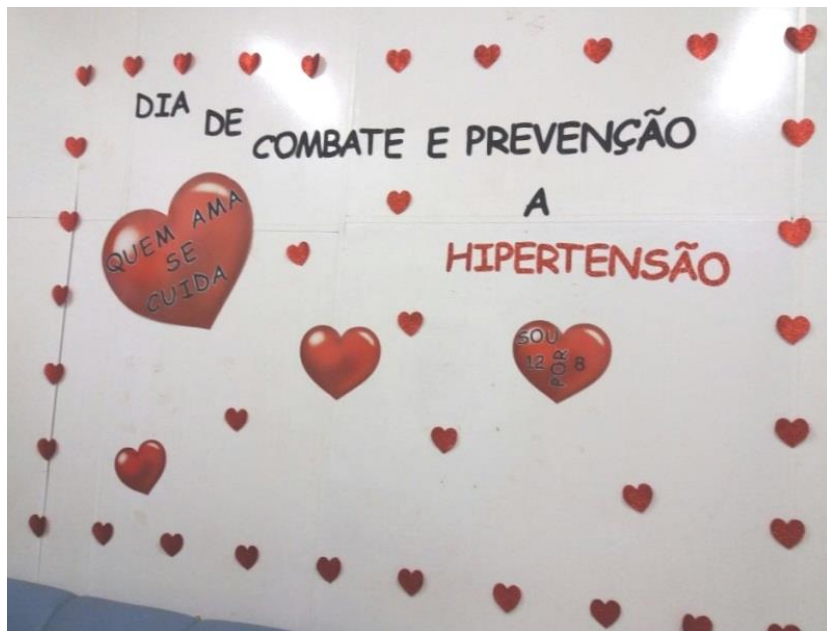
Fonte: Cedido pela UBS Raimundo Albino, 2018

Anexo 5 – idosos participando da atividade física na UBS Raimundo Balbino



Fonte: A autora, in loco, 2018

Anexo 6 – Cartaz da Semana da Hipertensão



Fonte: Cedido pela UBS São Raimundo Albino, 2018

Anexo 7 – Questionário avaliativo das ações / Roda de conversa



Fonte: Esta pesquisadora, in loco, 2018

Anexo 8 – Termo de Autorização para Coleta de Dados

Ilmo. Sr (a):

Local, data

São José de Ribamar-Maranhão

Eu, **Adriana Ferreira Mota**, Mestranda do Mestrado em Educação para a Saúde da Instituto Politecnico de Coimbra, na qualidade de pesquisadora responsável, sob a orientação do(a) professor(a) **TELMO PEREIRA**, venho solicitar a V. Sa. a autorização para coleta de dados nessa instituição, com a finalidade de realizar uma pesquisa de campo, parte integrante da grade curricular do Curso intitulada “**ADESÃO AO TRATAMENTO**: estudo com usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de São José de Ribamar”

A mesma tem como objetivos propor um Plano de Intervenção de Enfermagem voltado para melhorar a adesão ao tratamento dos hipertensos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de São José de Ribamar-Maranhão. A finalidade é contribuir para a melhoria da assistência aos hipertensos atendidos nessa unidade de saúde.

A coleta de dados ocorrerá mediante a utilização da aplicação de um questionário aos usuários participante do Programa desenvolvido por esta Unidade de Saúde. Igualmente, assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos para esta instituição.

Na oportunidade, agradecemos antecipadamente e esperamos contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Adriana Ferreira Mota

Mestranda, Responsável pela pesquisa

Anexo 9 – Autorização para Realização de Pesquisa

Eu,..... (Coordenador geral diretor do hospital etc...) responsável pelo(a) setor tal..... autorizo a realização da Pesquisa intitulada “**ADESÃO AO TRATAMENTO**: estudo com usuários hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no município de São José de Ribamar” que tem por objetivos propor um Plano de Intervenção de Enfermagem voltado para melhorar a adesão ao tratamento dos hipertensos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de São José de Ribamar-Maranhão.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade da mestranda ADRIANA FERREIRA MOTA, e concordo que a mesma seja realizada no período de/...../.....a...../...../.....

“Declaro ter lido e concordado com o Projeto e Pesquisa apresentado pela Mestranda responsável pelo estudo, cumprindo com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidade como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Atenciosamente,

Diretora/Coordenadora da Unidade (Posto)

(Assinatura e/ou carimbo)